

.....  
Pieczęć podmiotu wykonującego  
działalność leczniczą

.....  
Miejscowość, data

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny w Wieruszowie  
ul. Warszawska 75  
98-400 Wieruszów**

**Formularz zgłoszenia osób uchylających się  
od obowiązku wykonania szczepień ochronnych**

**Dane osoby podlegającej obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu:**

Imię i Nazwisko.....  
Data urodzenia, PESEL.....  
Adres zamieszkania.....

**Dane rodziców/opiekunów prawnych uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych\*:**

**Matka/opiekunka prawna**

Imię i Nazwisko.....  
Data urodzenia, PESEL.....  
Adres zamieszkania.....

**Ojciec/opiekun prawny**

Imię i Nazwisko.....  
Data urodzenia, PESEL.....  
Adres zamieszkania.....

**Brakujące szczepienia obowiązkowe (jakie szczepienia, która dawka).....**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Przyczyny uchylania się od obowiązku szczepień ochronnych: (zaznaczyć):**

- odrębność kulturowa, religijna lub etniczna
  - wpływ ruchów antyszczepionkowych
  - wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną
  - wcześniej NOP u osoby zobowiązanej
  - inne przyczyny (opisać, jeśli wiadomo).....
- .....  
.....  
.....

**Działania podjęte przez placówkę w celu zmiany decyzji zobowiązanego: (opisać jakie).....**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Data ostatniego wezwania na szczepienie:.....**

**Złożone oświadczenie świadomej odmowy szczepienia obowiązkowego z podpisami obojga rodziców/opiekunów: (zaznaczyć)**

- tak
- nie

**Opinia lekarska w zakresie zdolności do szczepienia: (stwierdza przeciwwskazania lub nie stwierdza przeciwwskazań).....**

.....  
.....  
.....  
.....

**Inne uwagi:.....**

.....  
.....  
.....  
.....

**Załączniki:**

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

.....  
Pieczątką i podpis lekarza

\*nie dotyczy w przypadku uchylania się osoby pełnoletniej